

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N° 63

Travail du Service de clinique chirurgicale de l'Ecole de Médecine de Dijon

ESSAIS
SUR LES
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
DANS LES
FIBROMES UTÉRINS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Janvier 1925

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

René TRIBOULEY

né à Châtillon-sur-Seine le 10 décembre 1896

DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

1925

ESSAIS
SUR LES
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
DANS LES
FIBROMES UTERINS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N° 63

Travail du Service de clinique chirurgicale de l'Ecole de Médecine de Dijon

ESSAIS

SUR LES

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DANS LES

FIBROMES UTÉRINS



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Janvier 1925

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

René TRIBOULEY

né à Châtillon-sur-Seine le 10 décembre 1896

DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYEN HONORAIRE.	M. H. HUGOUNENQ
DOYEN.	M. J. LEPINE
ASSESEUR.	M. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, TESTUT, FLORENCE (A), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. BARD
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	TIXIER
Clinique ophtalmologique		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique.		ROLLET
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.		X.
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.		LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.		ROCHET
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL
Anatomie.		BRETIN
Histologie		GUIART
Physiologie		LATARJET
Pathologie interne.		POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales.		DOYON
Anatomie pathologique		COLLET
Chirurgie opératoire		MOURIQUAND
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		PAVIOT
Médecine légale.		X.
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie		ETIENNE MARTIN
Pharmacologie		COURMONT (P.)
		PIC
		X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN
— — — Chimie minérale.	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.	MM. PATEL
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance.	CHATIN
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
THEVENOT (Léon)	DUROUX	ROUBIER	SANTY
GARIN	TRILLAT	FAVRE	DUNET
SAVY	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
FROMENT	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
THEVENOT(Lucien)	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
PIERY			CORDIER (Pierre)

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TIXIER, Président.

M. COTTE, Assesseur.

MM. BONNET, CHALIER A., Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE

DE MON FRÈRE, RAYMOND TRIBOULEY,

Soldat au 83^e Régiment d'Infanterie

Décoré de la Médaille militaire et de la Croix de guerre

Décédé à la suite de ses blessures

le 6 juillet 1919

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR TIXIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

« En témoignage de notre profond respect et de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse ».

A M. LE DOCTEUR G. LECLERC

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

« Qui fut l'inspirateur de ce travail, et nous a toujours fait profiter de sa grande expérience pratique.

« Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance ».

A MES JUGES.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE DIJON

INTRODUCTION

Depuis la période de l'asepsie jusqu'à ces dernières années, les indications thérapeutiques dans les fibromes utérins étaient bien connues : le traitement chirurgical avait la faveur de tous.

A la suite de la communication de Foveau de Courmelles à l'Académie des Sciences du 11 janvier 1904, la radiothérapie est venue modifier les données du problème. Depuis, de nombreuses observations de fibromes, dont les principaux symptômes avaient disparu après l'application de Rayons X, ont été publiées, et ont donné lieu à des discussions souvent passionnées. Mais, de plus en plus, il a été reconnu que dans certaines conditions, la radiothérapie pouvait, sinon guérir le fibrome, au moins en faire disparaître les signes cardinaux : les Rayons X allaient entrer en ligne de compte dans la thérapeutique.

Depuis cinq à six ans, la curiethérapie a fait son apparition. Aussi mal accueillie que la radiothérapie tout d'abord, elle est arrivée petit à petit à jouer son rôle, et à acquérir une place dans le traitement des fibromes.

Cette question qui semblait donc il y a une dizaine d'années complètement élucidée, est actuellement une

des plus controversées. Il est tellement vrai qu'elle a besoin d'être mise au point que l'Association française de Chirurgie a mis à l'ordre du jour de son dernier congrès (octobre 1924) la question suivante :

« Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins ».

Pour résoudre cette question, il est bon que les statistiques un peu importantes, suffisamment précises dans leurs détails symptomatiques, opératoires et post-opératoires, comportant les cas d'un même chirurgien soient colligées, étudiées de près et publiées.

Aussi sous l'inspiration du docteur Leclerc nous avons cru utile de relever et d'étudier ses observations et d'en publier la statistique :

« Peut-être semblera-t-il qu'elle ne diffère guère d'autres documents analogues déjà publiés. Cette concordance a sa valeur, et de plus, à recueillir et à étudier des faits, on peut toujours espérer saisir entre eux un rapport nouveau ou apporter sur quelque points de détail une plus grande décision » (1).

REMARQUE. — M. le professeur Tixier nous signa nos conclusions en juin dernier, mais des circonstances indépendantes de notre volonté nous empêchèrent alors de publier ce travail qui n'a d'autre mérite que sa sincérité.

(1) Chauffard. Lithiase biliaire.

CHAPITRE PREMIER

Etude de la Statistique du Dr Leclerc

Au début de cette étude, nous ferons remarquer que nous n'y avons pas compris les utérus « dits fibromateux » et les métrorragies de la ménopause. Seuls, entrent en compte, les utérus, ayant une lésion nettement caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique, soit sous forme d'un ou plusieurs noyaux, soit sous forme de fibromatose diffuse.

Cette distinction n'a pas toujours été faite : et cela a permis de présenter, sous le nom de guérisons de fibromes, par la radiothérapie ou la curiethérapie, de simples guérisons de métrorragies. Facile pour les fibromes gros et bosselés, cette distinction devient au contraire très difficile, dans les cas de petits fibromes interstitiels du corps et surtout de fibromatose diffuse, en particulier chez les femmes obèses.

Néanmoins, nous avons essayé de faire cette différence aussi consciencieusement que possible, en éliminant de la statistique tous les cas où le fibrome n'apparaissait pas avoir au moins un volume correspondant à un poing d'adulte.

Notre statistique compte près de 230 fibromes : non expurgée, comprenant toute la pratique du Dr Leclerc, elle est répartie sur une période de quinze années, et porte sur la clientèle de ville et les malades de l'hôpital. La lecture des observations nous amène d'abord à certaines remarques, au point de vue de la symptomatologie, qui ont leur importance pour poser les indications opératoires.

Age :

De 20 à 30 ans :	5 cas
— 30 à 40 — :	46 cas
— 40 à 50 — :	120 cas
— 50 à 60 — :	50 cas
Plus de 60 ans :	6 cas.

Symptômes :

Ce sont presque toujours les pertes qui conduisent la malade au chirurgien; ce qui n'a rien de surprenant et ne signifie pas que les pertes dominant absolument le tableau clinique, mais qu'elles constituent le symptôme qui frappe et inquiète le plus la malade.

Nous trouvons des pertes dans :

70 % des cas : ménorragies : 38 % ; métrorragies : 32 %.

Comme autre symptôme dominant, nous avons trouvé :

Douleurs :	11 %
Tumeur :	8 %
Rétention d'urine :	3 %
Pollakiurie :	5 %

La fréquence de ces divers symptômes est d'ailleurs connue, et nos observations ne font que la confirmer et la préciser.

Nous avons, en outre, été très frappés de trouver 8 cas, où après la ménopause, les pertes sanguines étaient encore le symptôme, attirant l'attention sur un fibrome, toujours en évolution. On sait, en effet, que dans la grande majorité des cas, un fibrome régresse à la suite de la ménopause, et qu'il n'est plus capable de provoquer des métrorragies. Aussi, lorsque celles-ci existent chez une vieille femme porteuse d'un fibrome, on admet qu'il s'agit d'un cancer du corps, ou d'un fibrome dégénéré.

Ce fait qui est certain pour la majorité des cas, ne l'est pas d'une façon absolue.

Nous relevons dans la statistique, des observations dans la proportion de 3 % environ, ayant donné lieu à des accidents après la ménopause.

Il nous a paru intéressant de publier un court résumé de ces observations :

OBSERVATION n° 1.

Age : 57 ans.

Toujours bien réglée.

Ménopause à 54 ans. — Deux ans auparavant les règles sont plus importantes.

Depuis la ménopause, perd de temps en temps, soit de l'eau rousse, soit en rouge.

Entre les pertes, souffre des reins et du bas-ventre.

Pollakiurie depuis un an.

Pièce : fibrome développé du côté droit et dans le ligament large.

OBSERVATION n° 2.

Age : 60 ans. — 2 enfants.

Ménopause à 55 ans. — Depuis 5 mois, perd constamment.

Pièce : utérus avec plusieurs fibromes dont un dans le ligament large. Hématosalpinx dans la trompe droite.

OBSERVATION n° 3.

Age : 58 ans. Ménopause à 52 ans.

Depuis 6 mois, perd constamment.

Quelques douleurs.

Pièce : gros fibrome interstitiel faisant saillie dans la cavité utérine.

OBSERVATION n° 4.

Age : 56 ans. 7 enfants.

Ménopause à 51 ans. — Depuis 3 mois, a perdu un peu, à 3 fois différentes.

Souffre un peu du ventre depuis un an.

Pièce : gros fibrome bosselé.

OBSERVATION n° 5.

Age : 57 ans. 3 enfants.

Vers 40 ans on constate un fibrome ne donnant pas lieu à de grosse hémorragie. — Ménopause à 54 ans.

Perd constamment depuis 18 mois.

Diagnostic : fibrome avec cancer du corps.

Pièce : fibrome banal.

OBSERVATION n° 6.

Age : 63 ans. 3 enfants.

A toujours été bien réglée.

Ménopause sans incident à 55 ans.

Depuis 6 mois a perdu à 3 reprises différentes : pertes franchement sanglantes au début, sont formées ultérieurement d'eaux rousses.

On place du radium, afin d'arrêter les hémorragies, et permettre l'hystérectomie, faite 3 semaines après (M.C.D. — 15, 12).

Pièce : Contrairement à toute attente, il ne s'agit pas d'un cancer utérin, mais bien d'un fibrome à noyaux multiples du corps utérin.

OBSERVATION n° 7.

Age : 59 ans.

A toujours été bien réglée. Ménopause à 51 ans.

Depuis 1 mois, éprouve de la gêne et de la douleur dans le côté droit.

Pièce (myomectomie) : fibrome pédiculé avec transformation kystique, inséré sur la corne utérine droite.

OBSERVATION n° 8.

Age : 58 ans. 2 enfants.

Ménopause à 56 ans.

Brusque rétention d'urine, il y a 8 jours : depuis envies fréquentes d'uriner.

Pièces : fibrome banal, légèrement enclavé.

I.

Fibromes traités chirurgicalement

Le docteur Leclerc a opéré 210 fibromes.

Il a peu employé la voie vaginale :

Hystérectomie vaginale : 5

Polypectomie : 13.

Par voie abdominale :

Hystérectomie totale : 32

Hystérectomie sub-totale : 144.

Myomectomie : 16.

Les myomectomies datent surtout de ces dernières années.

Les premières interventions ont été faites à une époque déjà ancienne, où les installations chirurgicales n'étaient pas alors absolument au point. L'asepsie ne bénéficiait pas de tous les perfectionnements actuels : à l'hôpital notamment, le service de clinique chirurgicale laissait à désirer sur quelques points : la stérilisation de l'eau et des instruments n'était pas toujours parfaite et l'emploi des gants stérilisés n'était pas encore généralisé.

Nous étudierons les suites de ces diverses opérations en distinguant les suites immédiates et les suites éloignées.

A. — SUITES IMMÉDIATES

Nous traiterons dans ce chapitre des questions de la mortalité et des complications post-opératoires.

1^o MORTALITÉ

Elle est de 12 cas sur 210 opérations, soit 5.7 %.

Les morts sont dues à des causes variées :

a) *Par péritonite*. 3 cas.

Dans ces 3 observations, absolument rien au cours de l'intervention ne peut expliquer la péritonite. Dans l'une, il s'agissait d'une malade portant un énorme fibrome dont l'ablation ne présente pas cependant de difficultés notables. La marche de la péritonite fut extrêmement lente : elle en imposa longtemps pour de l'obstruction intestinale. La mort n'eut lieu que le 22^e jour après l'intervention : la péritonite fut vérifiée par l'autopsie.

Le second cas fut une opération très difficile parce qu'il s'agissait d'un gros fibrome, avec noyau inclus dans le ligament large.

Le 3^e cas fut facile.

Les malades étaient relativement âgées : 46, 50 et 57 ans.

Quelle est la cause de la péritonite ?

A la rigueur, explicable pour la 2^e observation, elle l'est moins pour la 1^{re}, et surtout pour la 3^e. Il est évident qu'il peut toujours exister un défaut de stérilisation ou d'asepsie. Cependant, chacun de

ces décès a vivement préoccupé notre maître, qui a, chaque fois, recherché la cause avec soin. Aucune faute n'a pu être dévoilée.

Certains chirurgiens, dans des cas semblables, ont invoqué une infection accidentelle, une grippe notamment.

Mais on peut aussi se demander, si certaines péritonites ne sont pas dues à la section inaperçue de l'uretère ? En effet, la situation anormale de l'uretère et les dangers qu'il court dans les gros fibromes du ligament large sont bien connus. Mais en dehors de ces cas, l'uretère peut occuper une situation haute dans le ligament large, qui l'expose à être sectionné.

C'est ce que montre l'observation suivante, qui a trait, il est vrai, à une annexite, mais conserve sa valeur pour ce que nous voulons établir.

Le 4 juin 1924, le docteur Leclerc, opérant une malade pour annexite droite légère, trouve la trompe épaissie, sans distension et ne dépassant pas le volume d'un gros crayon. A la trompe était accolé un ovaire, accolé lui-même à la paroi du bassin. L'ovaire est libéré, et l'annexe est alors amenée, nettement pédiculisée au niveau du ligament infundibulopelvien. Une pince est placée sur ce ligament et l'annexe est enlevée dans des conditions de sûreté parfaite.

Au moment de la péritonisation, on constate que l'uretère longe sur le feuillet postérieur du ligament large, la tranche de section, à un demi-centimètre environ de cette tranche, dans une situation beaucoup plus haute que normalement. La section eût-

elle été faite un peu plus bas, l'uretère pouvait être coupé.

b) Par embolie, 3 cas.

C'est une assez forte proportion de morts par embolie. L'une chez une femme obèse, congestive, à cœur déficient, ayant évidemment tendance à faire des thromboses, à la suite d'une hystérectomie vaginale.

Par contre, une embolie à la suite d'une hystérectomie sub-totale, chez une femme ayant un bon état général et enfin, dans le dernier cas, à la suite d'une myomectomie pour un fibrome sous-péritonéal pédiculé.

c) Par hémorragie. 1 cas, à la suite d'une myomectomie, chez une femme de 49 ans.

Il n'est pas inutile de rappeler ici, le danger bien connu, auquel exposent les myomectomies, c'est-à-dire l'hémorragie : d'où la nécessité de capitonner très sérieusement. Cependant dans le cas de malade hémophile, le capitonnage le plus soigné ne suffirait pas.

Aussi nous nous proposons d'étudier systématiquement la coagulation sanguine dans les cas de fibromes où la myomectomie peut être envisagée d'après les signes cliniques, Si la coagulation sanguine était retardée, il y aurait peut-être lieu de ne pas faire l'énucléation.

Nous rapportons ici cette observation :

OBSERVATION n° 9.

Age : 49 ans.

Examen : fibrome développé dans la paroi posté-

rieure de l'utérus et envahissant le segment inférieur.

Intervention : Anesthésie générale à l'éther.

On trouve un gros myome postérieur ; ablation par myomectomie.

Suites : la malade présente des signes d'hémorragie et meurt dans la nuit.

Autopsie : montre qu'il y a du sang dans le ventre. Les sutures de l'utérus pourtant tiennent bien, mais l'hémorragie a eu lieu entre les fils de suture, insuffisamment nombreux, ou peut-être insuffisamment serrés.

d) *Par éviscération* : 1 cas.

Contre l'éviscération, le docteur Leclerc emploie depuis quelques années les crins de Florence perdus. Cette suture expose quelquefois à des suppurations tardives, avec rétention des crins, car malgré l'asepsie observée, on manie parfois des foyers infectieux profonds.

Malgré cet inconvénient qui a fait abandonner l'usage des crins perdus à beaucoup de chirurgiens, nous en faisons un emploi absolu, dans toutes les laparatomies longitudinales. La sécurité qu'ils nous donnent, nous paraît compenser les inconvénients auxquels ils exposent.

D'ailleurs, notre maître emploie de plus en plus pour les hystérectomies, ou opérations sur les organes génitaux de la femme, l'incision de Pfannestiel, qui met le plus sûrement à l'abri de l'éviscération. La suture au catgut, par points séparés est alors suffisante.

e) *Morts inexpliquées* : 3 cas que nous transcrivons, ci-dessous :

OBSERVATION n° 10.

Age : 53 ans. Ménorragies depuis 7 ans.

Intervention : on trouve un gros utérus, les annexes sont saines. Hystérectomie difficile parce que la malade est très grasse et que l'utérus ne se laisse pas attirer. Hémorragie assez notable due à l'artère vaginale. Fermeture sans drainage. Durée : 1 h. 30. Sérum, caféine à la fin de l'opération.

Suites : la malade se remonte un peu, mais le pouls est rapide dès le lendemain : dyspnée. Aucun signe péritonéal.

Les toni-cardiaques sont employés à haute dose : malgré eux, la mort a lieu le surlendemain de l'opération.

Dans la seconde observation, la symptomatologie post-opératoire a donné la conviction qu'il ne s'agissait pas de péritonite. Cependant aucune autre explication n'a pu être fournie, et d'autre part, la vérification n'a pu être faite.

OBSERVATION n° 11.

Age : 40 ans.

Hystérectomie sub-totale sans incident. A la fin de l'opération, choc inexpliqué qui se dissipe. Le 3^e jour la malade va bien. Puis la température monte. Le ventre est souple, et sans l'ombre de symptômes péritonéaux (culs-de-sac vaginaux souples).

Pas de phénomènes pulmonaires.

Seuls symptômes : fièvre, pouls rapide et petit, affaiblissement progressif.

Mort le 7^e jour.

Par contre, dans les deux derniers cas, l'absence de péritonite a été vérifiée.

OBSERVATION n° 12.

Age : 51 ans.

Examen : au palper, on sent une volumineuse tumeur arrondie, un peu bosselée qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Cathétérisme de la cavité utérine : 13 centimètres.

Intervention : Anesthésie rachidienne : 15 centigrammes allocaïne. Hystérectomie sub-totale.

Pièce : Gros fibrome, en pomme de terre, avec segment inférieur occupé par de gros noyaux.

Suites : a des gaz, va à la selle le troisième jour. Mais le pouls est mauvais dès le début : le ventre se ballonne. La malade meurt le huitième jour sans phénomène d'occlusion.

Autopsie : Pas de péritonite. Anses intestinales un peu dilatées, sans coudure.

OBSERVATION n° 13.

Age : 52 ans

Hystérectomie sub-totale sans incident.

Suites : Inquiétantes dès le lendemain : pouls rapide, agitation, douleurs épigastriques. Puis tout semble s'arranger.

Vers le sixième jour, vomissements, pouls rapide,

fièvre, diarrhée. Le septième jour ventre un peu douloureux et ballonné. On pense qu'il s'agit de péritonite. Au kélène, on fait sauter les dernières agrafes, et on ouvre le ventre à l'extrémité inférieure de la plaie. Il s'écoule un peu de sérosité sanglante, mais pas de pus ou d'exsudats.

A quelles causes faut-il attribuer la mort ?

Remarquons que trois de ces malades avaient dépassé la cinquantaine. L'impression qu'a laissée au docteur Leclerc l'évolution de ces cas était que l'asthénie cardiaque restait la seule explication possible. Cette impression lui a dicté les résolutions suivantes : examen préalable minutieux du cœur, de la tension sanguine, de l'élimination rénale : repos préalable de plusieurs jours avant l'opération. On ne saurait trop insister sur ces précautions si nécessaires, que l'encombrement des services hospitaliers rend souvent difficiles à prendre.

Remarque sur la mortalité. — Nous avons eu deux décès sur 32 hystérectomies (soit 6, 25 %) et 7 décès sur 144 hystérectomies sub-totales (soit 4, 8 %).

Dans l'hystérectomie totale, la mortalité atteint un chiffre bien supérieur à celui obtenu dans la sub-totale. Celle-ci est, on le sait, bien plus facile, plus rapide et moins hémorragique. Aussi notre maître reste partisan de la sub-totale, bien entendu chaque fois que l'hystérectomie totale n'a pas d'indications particulières.

Dans les myomectomies nous avons eu deux décès sur seize cas. Cette mortalité très élevée, paraît au

premier abord nous déterminer à abandonner cette opération. Cependant à l'examen des observations, nous voyons que dans un cas il ne s'agissait pas, à proprement parler de myomectomie, mais d'une polypectomie abdominale. L'embolie, qui emporta notre malade, peut aussi bien avoir eu pour point de départ les veines de la plaie pariétale, que celles insignifiantes de la plaie utérine.

Le deuxième décès est dû à une hémorragie interne : nous avons insisté sur ce danger que présente la myomectomie. Nous y insistons d'autant plus que Monsieur le professeur Labey dit dans son rapport au dernier Congrès de l'Association Française de Chirurgie que la mortalité par hémorragie est négligeable.

De plus, notre statistique offre trop peu de cas pour se faire une opinion. Aussi le docteur Leclerc, en égard aux excellents résultats éloignés qu'il a observés, ne tient pas compte de cette mortalité pour restreindre sa pratique des myomectomies, auxquelles il tend comme tout le monde à donner la place longtemps méconnue, mais qui leur revient dans le traitement des fibromes (Sous les réserves d'âge, de siège et de nombre qui sont actuellement bien connues).

2^o COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES.

Abcès de la paroi : 4 cas.

Pour être sans gravité, les abcès de la paroi n'en sont pas moins un ennui pour la malade. Leur moindre inconvénient est de blesser l'amour-propre du chirurgien.

gien et de jeter le doute dans son esprit sur la sécurité de son aseptie.

Aussi faut-il chercher à les éviter :

a) Par l'isolement soigneux de la tranche pariétale à l'aide de compresses. Pour cela il faut veiller à ce que les grandes compresses qui isolent la cavité abdominale du petit bassin ressortent en partie en dehors en protégeant la tranche cruentée : c'est surtout au niveau des bords latéraux de la valve que la protection souvent n'est pas suffisante : aussi doit-on insinuer le bord de la compresse sous la valve ou bien comme M. J.-L. Faure, placer d'abord la compresse sur chaque lèvres de la plaie et ensuite la valve de Doyen.

b) Il faut surtout se réserver un jeu d'instruments spéciaux pour la paroi.

Eversion : 1 cas.

(mêmes remarques que pour l'éviscération : employer la suture aux crins perdus ou le Pfannestiel).

Prolapsus : 1 cas après hystérectomie. Nous croyons cette complication fort rare : cependant certains auteurs paraissent la redouter, car on a conseillé de pratiquer systématiquement la trachélopexie ligamentaire, c'est-à-dire de lier les fils du moignon du col aux quatre autres fils des ligaments. L'étude du prolapsus montre bien qu'il ne faut pas compter sur des points d'appui aussi mauvais. Si pour des raisons particulières, on craignait le prolapsus, il faudrait ajouter le traitement du prolapsus surtout vagino-périnéal à l'hystérectomie. Puisque le ventre est ouvert il faut en profiter pour fixer le col à la paroi, ce qui augmente l'efficacité des procédés vagino-périnéaux.

Phlébites : 10 cas : dont une phlébite double. Cette question reste obscure, car malgré la minutie de l'asepsie, rien n'a pu empêcher leur apparition.

Petites embolies : Quelques cas ayant donné lieu à des points de côté, avec infarctus dont un avec léger épanchement pleural.

Hémorragies graves après polypectomies : 2 cas.

Deux polypectomies ayant donné lieu le jour même de l'opération à des hémorragies graves, le docteur Leclerc prend soin depuis de laisser une pince de Museux, sur le col utérin pendant 24 heures. Depuis, nous n'avons plus observé de ces accidents.

B. — SUITES ÉLOIGNÉES

1^o FONCTIONS GÉNITALES APRÈS HYSTÉRECTOMIE

A la suite d'hystérectomie avec ablation des deux ovaires, nous avons observé très souvent les troubles nerveux, circulatoires ou trophiques, qui sont classiques (vertiges, céphalée, bouffées de chaleur, obésité).

Dans les cas, où l'un ou les deux ovaires avaient été conservés (28 fois dans notre statistique) nous avons noté souvent les mêmes troubles. Les extraits d'ovaire, ordonnés à la suite d'hystérectomie, ne nous ont pas paru atténuer ces troubles d'une façon sensible.

Par contre, nous avons pu réunir trois observations où les règles ont été conservées après hystérectomie. Il s'agissait chaque fois de sub-totale avec conservation

d'un ovaire. Sans doute, la section de l'utérus avait eu lieu assez notablement au-dessus du col, de sorte qu'une partie de la muqueuse utérine s'était trouvée conservée : notre maître avait réalisé, sans le savoir sans doute, ce qu'on a appelé depuis l'hystérectomie fundique.

OBSERVATION n° 14.

Hystérectomie sub-totale. La malade a régulièrement chaque mois quelques pertes rouges, véritables règles en miniature.

OBSERVATION n° 15.

Hystérectomie sub-totale. Conservation de l'ovaire gauche. Opérée en 1911, La malade revoit ses règles à partir de 1916, tous les deux mois jusqu'en 1921.

OBSERVATION n° 16.

Hystérectomie sub-totale en 1920. Conservation de l'ovaire gauche.

En 1921, pas de troubles de la ménopause. Perd un peu chaque mois 3 à 4 jours. La malade dit avoir remarqué qu'elle perd un peu plus après avoir pris des extraits d'ovaire.

*Cancérisation du col utérin après hystérectomie
sub-totale.*

Nos observations ne comportent pas de cancer développé sur le col après hystérectomie sub-totale. Aussi l'étude de ces observations ne nous porte-t-elle pas à modifier notre pratique de la sub-totale, préférée à la totale.

2^o FONCTIONS GÉNITALES APRÈS MYOMECTOMIES

Nous avons pu avoir des nouvelles récentes de nos opérées par myomectomies. Toutes, sauf une âgée de 59 ans, ont vu leurs règles apparaître quelque temps après l'opération. Depuis, elles sont réglées normalement, n'ont plus de pertes et ne souffrent pas. Dans aucun cas il n'y a eu récédive de fibrome.

Grossesse après myomectomies. Deux de nos malades ont eu à la suite des grossesses.

OBSERVATION n^o 17.

Age : 23 ans. Opérée, le 25 avril 1920, d'un fibrome inséré sur la corne utérine.

A un accouchement normal en 1922.

OBSERVATION n^o 18.

Age : 37 ans. Opérée le 1^{er} septembre 1921 d'un fibrome du fond utérin.

A un accouchement en 1922, alors qu'elle est enceinte de 8 mois. Albumine. L'enfant meurt le premier jour.

Second accouchement en janvier 1924 : poids de l'enfant : 3 k. 500.

Fibrome et grossesse

Nous possédons cinq observations : dans trois, la grossesse ne pouvait aller à terme : l'utérus était bourré de fibromes, ou bien il existait un fibrome intra-ligamentaire : l'hystérectomie s'imposait.

Dans les deux derniers cas, il s'agissait d'un fibrome unique implanté sur l'utérus. Des accidents graves imposèrent l'opération dans un cas : la myomectomie fut suivie d'un avortement 2 jours après. Dans l'autre, le résultat fut plus heureux, puisque la myomectomie fut suivie d'un accouchement à terme.

Sur cinq cas :

Hystérectomies, 3.

Myomectomies, 2 { 1 avortement;
1 accouchement normal.

Deux fois, nous eûmes l'occasion de voir une grossesse extra-utérine coexistant avec un fibrome. Dans un cas, le diagnostic porté était : grossesse et tumeur pelvienne (fibrome ou kyste). L'opération montra qu'il s'agissait d'un fibrome à plusieurs noyaux et d'une grossesse extra-utérine.

Dans le second, le diagnostic était grossesse tubaire droite avec utérus normal refoulé à gauche. A l'ouverture du ventre, la masse droite était un fibrome du ligament large; l'annexe droite était saine, tandis qu'à gauche il existait une grossesse tubaire rompue.

II.

Fibromes traités par les Rayons X

Nous n'apportons qu'un nombre très restreint d'observations de fibromes traités par Rayons X. Omettant volontairement les cas, trop récents, ou pas assez suivis, d'ailleurs peu nombreux, il ne nous reste que trois observations personnelles : sans être ennemi de ce mode de traitement, notre maître a surtout traité par le radium, les cas qu'il jugeait justiciables de la physiothérapie. Ces trois observations ont d'ailleurs trait à des fibromes ayant résisté à l'action des Rayons X : nous en donnons ci-dessous un court résumé.

OBSERVATION n° 19.

Age : 38 ans. 1 enfant.

Réglée régulièrement, mais les règles durent 12 jours. Depuis un an, elles durent 15 jours par mois. La malade subit quatre séances de radiothérapie, avec quatre foyers en 2 jours (décembre 1923).

Aussitôt après, la malade perd constamment jusqu'à fin février 1924. Depuis, les pertes sont arrêtées, mais elle est très anémiée.

Entre alors à l'hôpital : elle ne perd plus.

Examen : Montre un utérus un peu gros, bien mobile, sans irrégularités et sans annexes.

Numération globulaire : 1.800.000 G.R.

20 mars 1924 : transfusion avec appareil de Bécart.

24 mars 1924 : numération globulaire : 2.640.000 G.R.

Revue en avril : n'a pas revu ses règles, ni perdu.

Cette observation montre que les symptômes hémorragiques ont continué et même augmenté à la suite des Rayons X. Ils ont mis la malade dans un état d'anémie assez grave, qui a nécessité la transfusion, deux mois après la dernière séance de radiothérapie. Toutefois, la cessation des hémorragies s'est produite.

Le fibrome était petit, et l'action des Rayons X sur la tumeur ne présentait que peu d'intérêt.

OBSERVATION n° 20.

Age 31 ans : 1 enfant (bon accouchement).

A toujours beaucoup perdu (6 jours).

Depuis l'hiver 1919-1920 perd 10 jours.

En juin 1923, grosse métrorragie : 18 jours (pas de retard). Depuis, la malade perd 10 à 12 jours et plus abondamment.

En février 1921, curettage. Continue à perdre, 20 jours par mois.

Examen : 20 mars 1921 : utérus gros, un peu irrégulier, mais mobile, sans annexes. Cavité utérine, 8 cm.

En septembre 1923, 5 séances de Rayons X. Durée, 5 h. 30 ; début le 18 septembre ; fin le 21 septembre.

Examen décembre 1923 : malade pâle, anémiée. Utérus toujours à peu près normal, cependant un peu gros et dur. Peut-être grosse annexe gauche, peu douloureuse. Toujours réglée abondamment.

8 décembre 1923. — Intervention A.G.E. Pfannenstiel.

Pièce. Utérus de la grosseur du poing. A l'ouverture de l'utérus, on trouve appendu à son fond un polype fibreux de la grosseur d'un marron ; large pédicule d'implantation.

Paroi utérine = 3 cm.

Ovaire gauche kystique, mais trompe perméable.

Aucune action des Rayons X sur les hémorragies par suite de la présence d'un polype intra-utérin ayant échappé au curettage.

OBSERVATION n° 21.

Age : 40 ans.

Habituellement bien réglée. En 1913, pertes blanches. En 1914, on lui trouve un fibrome. En 1919, la malade perd pendant 3 semaines : le diagnostic est confirmé et l'opération est conseillée. Jusqu'en 1921, pas de pertes, mais pollakiurie.

En 1921-22, subit alors 6 séances de Rayons X de 20 minutes chacune : la malade est soulagée.

Septembre 1923 : depuis quelque temps, toujours pas de pertes, mais envies d'uriner plus fréquentes ; de plus le ventre augmente de volume.

Examen : gros fibrome à lobules multiples dont un gros à droite remontant jusqu'au niveau de l'ombilic ;

un autre moins gros est perçu à gauche. L'utérus semble de volume normal, est senti en avant.

Urines : Albumine (Traces).

Urée sanguine : 0 g. 37 par litre.

Février 1924 : intervention, hystérectomie sub-totale.

Pièce : Fibrome.

Ici aucune action des Rayons X, car d'une part il n'y avait pas d'hémorragie, d'autre part l'action sur la tumeur fut tout à fait nulle.

En résumé, sur trois cas traités par les Rayons X, nous avons observé :

Observation n° 19. — La continuation et même l'exagération des hémorragies ayant nécessité la transfusion, puis l'arrêt tardif des pertes.

Pas d'action sur la tumeur.

Observation n° 20. — Continuation des hémorragies : échec dû à la présence d'un polype intra-utérin.

Observation n° 21. — Les règles persistent sans pertes.

Pas d'action sur la tumeur.

En outre, il nous a paru intéressant de publier deux observations de radiodermites graves. Dans ces deux cas la cessation des règles a été définitive, mais on a observé des ulcérations graves de la paroi.

OBSÉRVATION n° 22.

Age : 47 ans.

7 enfants dont une couche double suivie de la mort des deux jumeaux. Bien réglée jusqu'en 1921 ; à ce moment ménorragies très abondantes. Se lève seulement 2 à 4 jours par mois.

En 1922, la malade se fait traiter aux Rayons X : durée 9 heures, réparties sur une semaine. Portes d'entrée situées en avant, sauf une, au niveau du sacrum.

Les règles apparaissent une fois seulement.

Un mois après, érythème de la peau du ventre qui disparaît rapidement. En novembre 23, un an après, commence à se développer une ulcération au niveau de la région hypogastrique qui prend rapidement des dimensions énormes en surface et en profondeur : pas de douleurs sauf au début. Depuis quelque temps l'ulcération reste stationnaire avec légère tendance à se cicatriser.

Examen mai 1924 : il existe deux ulcérations contiguës, séparées par une petite bandelette de peau cicatricielle : l'une, de la dimension d'une petite paume de main est située au-dessus du pubis. Elle creuse très profondément, et le fond est occupé par les muscles nécrosés.

La deuxième ulcération est située à droite de la première : elle est un peu moins importante, et également moins profonde.

En arrière, dans la région sacrée, se trouve également une ulcération sur la zone pigmentée corres-

pendant à l'application radiothérapique. Elle est due en partie à cette application, en partie au décubitus.

OBSERVATION n° 23.

Age : 29. Un enfant. Toujours bien réglée jusqu'à 24 ans. Onze mois après son accouchement, la malade perd presque continuellement avec de temps en temps, toutes les trois semaines, un arrêt de huit jours.

Pas de leucorrhée. Pesanteur dans le bas-ventre et douleurs du côté droit.

De novembre 1922 à janvier 1923, elle subit cinq séances de Rayons X : durée une heure.

Depuis les règles sont complètement supprimées. Les douleurs sont disparues.

A la suite du traitement par Rayons X, la malade présente du côté droit une petite induration douloureuse qui débute trois mois après et qui grossit régulièrement.

Il y a trois semaines, une ulcération se forme à ce niveau, qui s'étend de plus en plus, surtout quand on fait des pansements antiseptiques.

Examen : avril 1924 : sur le côté droit de l'abdomen en dehors de la ligne médiane, à égale distance de l'arcade crurale et d'une ligne horizontale passant par l'ombilic, se trouve une tumeur ulcérée, reposant sur la zone d'application des Rayons X. L'ulcération, à bords décollés, violets, a comme dimensions 5 cm de large et 4 cm de haut : le fond est grisâtre et suintant. Tout autour et sous l'ulcération, existe une zone indurée, qui est assez bien limitée en dedans et en bas, mais diffuse et douloureuse en dehors. Autour

de l'ulcération, on note une coloration rouge qui va en s'atténuant sous forme de piqueté rose.

La tumeur et l'ulcération sont mobilisables. L'adhérence aux plans profonds existe, mais elle ne semble pas s'étendre en profondeur.

Au toucher vaginal, on trouve un col petit, un corps utérin un peu irrégulier dont on ne peut apprécier les dimensions exactes parce que le palper abdominal est impossible, mais qui ne paraît pas très douloureux. La malade n'a jamais revu ses règles.

Indications : Résection de toute la zone pigmentée.

Pièce : Examen histologique : la partie ulcérée montre une forte réaction leucocytaire, comprenant des polynucléaires et des plasmocytes. Nombreux vaisseaux avec ou sans endothélium. Un point de la préparation montre tous ces éléments, parsemés de fibres collagènes dont quelques-unes sont nucléées (aspect du tissu cicatriciel jeune).

Enfin nous terminerons ce chapitre par une observation qui montre une fois de plus la grosse infériorité du traitement par les Rayons X, qui est d'exposer ceux qui les emploient à irradier toute autre chose qu'un fibrome. On ne saurait trop attirer l'attention des radiothérapeutes sur ces faits qui montrent que le diagnostic des fibromes n'est pas toujours une chose facile. Il faut être rompu à la clinique gynécologique pour faire sans trop de chances d'erreur un diagnostic exact, et comme on l'a dit, si le fibrome peut se passer quelquefois de la chirurgie, il ne peut se passer du chirurgien ou du gynécologue : et encore une erreur de diag-

nostic est toujours possible même de la part de médecins les plus autorisés

OBSERVATION n° 24.

Age : 55 ans. En 1919 souffre de troubles gastriques fréquents.

Est examinée par plusieurs professeurs ou médecins des Hôpitaux de Paris. Le diagnostic fait est celui de fibrome : de juin à octobre 1919, la malade subit 21 séances de radiothérapie.

La tumeur continue à grossir et devient douloureuse. La malade consulte de nouveau en 1919 : on fait le diagnostic de grosse tumeur abdominale avec ascite.

Intervention sous anesthésie rachidienne :

On trouve un gros kyste de l'ovaire. En outre, il existe un épanchement péritonéal, formé par du liquide gélatineux analogue à celui qui est contenu dans le kyste.

Pièce : kyste multiloculaire à contenu gélatineux.

Suites normales.

Malade revue en 1920 : va bien.

III.

Fibromes traités par la Curiethérapie

Nous avons quatorze cas traités par la curiethérapie.

Age : de 30 à 40 ans : 3 cas ;
de 40 à 50 ans : 7 cas ;
de 50 à 60 ans : 3 cas ;
après 60 ans : 1 cas.

Symptômes : Sauf pour un cas, les malades sont venues consulter pour des pertes. Le plus souvent il s'agissait de petits fibromes : cependant comme nous l'avons dit au début, nous n'avons pas fait entrer en ligne de compte les métrorragies de la ménopause, ni les utérus fibromateux. L'utérus, dans nos observations a toujours un volume supérieur au poing d'adulte comme minimum, et comme maximum un volume que l'on peut comparer à une tête de fœtus. La cavité utérine à l'hystéromètre mesure 11 à 12 cm.

Dans deux observations, le fibrome était plus volumineux : dans l'une la malade refusait toute intervention et même tout déplacement ; dans l'autre les pertes étaient très abondantes, et le radium fut placé dans le but d'arrêter les hémorragies, pour permettre l'hystérectomie dans des conditions plus favorables.

Mode d'emploi : Préalablement nous mesurons la cavité utérine afin de connaître le nombre de tubes à mettre bout à bout pour que toute la cavité soit soumise aux radiations.

La présentation du radium en tubes de platine nous paraît la plus pratique. Le tube sert de filtre primaire : nous l'enveloppons d'un filtre secondaire en argent ou en or. Le tout est placé dans une sonde en gomme n° 20 à 24, de façon à ce que les tubes soient logés à l'extrémité borgne de la sonde. Ils sont maintenus en place par de la paraffine fondue à l'orifice de la sonde, qui, ainsi armée, est enfoncée dans la cavité utérine. Elle y est fixée par des mèches vaginales.

La sonde en gomme nous paraît plus facile à manier que celle en caoutchouc. La stérilisation est obtenue par immersion prolongée dans une solution d'hypochlorite. L'application intra-utérine de radium, telle que nous venons de la décrire, a une action remarquable sur les métrorragies des fibromes : c'est un procédé simple, facile, ne nécessitant généralement pas d'anesthésie et ne prenant que peu de temps à la malade. Mais comme on l'a vu depuis longtemps, elle expose à des accidents infectieux, rares il est vrai, si on veille à réaliser une aseptie minutieuse et à éliminer les cas où le canal est infecté et les annexes malades.

Aussi il nous a paru intéressant d'essayer la pose intra-vaginale de radium, qui met alors sûrement à l'abri de ces accidents. Malheureusement vu le peu de temps écoulé depuis que nous employons cette méthode, le résultat obtenu, tant au point de vue de la régres-

sion du fibrome que de l'arrêt des hémorragies, nous est encore inconnu.

Quelle dose avons-nous employée ?

Elle a été très variable : de 5 mcd 04 à 20 mcd 16. Au début, d'ailleurs, elle a été souvent déterminée un peu par le hasard, ou par les difficultés à se procurer le radium en quantité suffisante. En réalité la dose doit être calculée d'après le volume du fibrome et l'âge de la malade. Toutefois, il ne faut pas attribuer au volume de la tumeur une part trop considérable, car il paraît démontré que le radium agit plus sur les ovaires que sur la tumeur elle-même.

Théoriquement, la dose doit être d'autant plus forte que la malade est plus jeune.

Suivent les observations :

OBSERVATION n° 25.

Age : 33 ans. 1 enfant.

Toujours bien réglée. En 1920, retard de 15 jours suivi de pertes pendant 15 jours également. Rien de particulier jusqu'en août 1921.

D'août à octobre 1921, réglée très irrégulièrement : perd 15 jours par mois. Curettage en novembre 1921. Absence de règles pendant deux mois, puis celles-ci apparaissent très irrégulières.

Examen : juin 1922. Le corps utérin n'est pas bien senti à cause de l'obésité et de sa position en rétroversion.

Dilatation du col et exploration de l'utérus : rien d'anormal.

On place du radium = M.C.D. 9.

Juillet 1924. La malade est toujours réglée à peu près normalement. L'utérus semble avoir diminué.

OBSERVATION n° 26.

Age : 36 ans. 2 enfants.

Bien réglée jusqu'en 1920. Depuis règles irrégulières. En avril 1922, après une période de 6 mois sans règles, la malade perd pendant 15 jours. Ensuite, pertes importantes de temps en temps.

Examen : juin 1922 : fibrome de deux poings.

Cavité utérine = 10 cm.

Radium : $\text{med} = 20,16$

Juin 1924 : utérus normal ; disparition des règles, troubles circulatoires, bouffées de chaleur.

OBSERVATION n° 27.

Age 39 ans. 1 enfant.

Réglée à 13 ans. Bien réglée.

Depuis 2 ans, ressent quelques douleurs dans le ventre et se plaint de troubles dysuriques. Pas de pertes blanches, ni métrorragies.

Examen : juin 1922. Utérus fortement dévié à droite et ayant sur son côté gauche et en arrière de lui une grosse tumeur bien arrondie remontant jusqu'à mi-chemin de l'ombilic.

Cavité utérine = 11 cm.

Radium : M. C. D. = 19.

Juillet 1924 : réglée régulièrement, pas de diminution du fibrome.

OBSERVATION n° 28

Age : 51 ans. 2 enfants.

Bien réglée jusqu'en janvier 1921. A partir de cette époque la malade perd 8 jours avec 15 jours d'arrêt, puis reprise.

Examen : Col entr'ouvert, un peu effacé par un fibrome interstitiel. Le fond utérin est dans le cul de sac postérieur.

Novembre 1922 : radium M. C. D. = 7, 76

La malade perd ensuite constamment jusqu'en mars 1923, puis arrêt des hémorragies pendant 9 mois : celles-ci recommencent abondantes, s'accompagnant de douleurs lombaires.

Examen : mai 1924 : col utérin normal. Le corps n'est pas senti à cause de l'obésité

Intervention : Hystérectomie sub-totale.

Pièce : l'utérus est porteur de petits fibromes.

L'un d'eux est très saillant dans la cavité utérine et explique la continuation des pertes et l'inefficacité du radium.

OBSERVATION n° 29.

Age : 43 ans. 3 enfants.

Réglée à 12 ans. Toujours bien réglée (7 jours).

Depuis juillet 1921, règles beaucoup plus abondantes ; un peu de faiblesse, pâleur.

Examen : décembre 1921 : fibrome mou, remontant à mi-chemin de l'ombilic.

Cavité utérine = 11 cm.

Radium M. C. D. = 14, 4.

Mai 1922 : cessation des règles. Diminution du fibrome de moitié.

Octobre 1922 : perd abondamment. Le fibrome a repris son volume antérieur.

Intervention : Hystérectomie sub-totale.

Pièce : fibrome de la paroi antérieure facilement décorticable. Pas de fibrome intra-cavitaire.

OBSERVATION n° 30.

Age : 46 ans. 4 enfants.

Toujours bien réglée jusqu'en janvier 1920. Depuis ménorragie.

Examen : septembre 1921 : on sent un gros fibrome abdominal qui semble continuer le col et le déborde dans les culs-de-sac.

Cavité utérine = 12 cm.

Radium : M. C. D. = 10.

Cessation des règles ou ménopause déclanchée trois mois après.

OBSERVATION n° 31.

Age : 40 ans. Vierge.

Depuis quelques années les règles durent 15 jours par mois.

Examen : septembre 1920 : fibrome du volume d'une tête de fœtus.

Cavité utérine = 8 cm.

Radium : M. C. D. = 9,6.

Mai 1921 : n'a pas revu ses règles à proprement parler, mais a perdu un peu presque tous les jours. On ne sent plus le fibrome ; en outre, signe de ménopause.

OBSERVATION n° 32.

Age : 50 ans.

Perd beaucoup depuis quelques années au moment des règles : absolument rien entre les règles.

Examen : janvier 1922 : petit fibrome de la paroi antérieure de l'utérus.

Radium : M. C. D. = 5,76.

Juin 1924 : N'a plus revu depuis.

OBSERVATION n° 33.

Age : 42 ans. 1 enfant.

Quelques pertes entre les règles qui durent 12 jours. Depuis quelques mois les règles sont plus longues et plus abondantes.

Examen : avril 1923 : fibrome de moyen volume, mobile, régulier.

Cavité utérine = 12 cm.

Radium : M. C. D. = 20,16.

Octobre 1923 : les règles sont allées en diminuant et ont disparu complètement. Le fibrome est très diminué.

OBSERVATION n° 34.

Age : 41 ans.

Règles très abondantes depuis 5 à 6 mois. Actuellement la malade perd depuis un mois.

Examen : octobre 1920 : très anémiée. Gros fibrome à évolution abdominale remontant jusqu'à mi-chemin de l'ombilic. La malade refuse toute intervention ou déplacement.

Cavité utérine = 12 cm.

Radium : M. C. D. = 13,2.

Disparition des règles, fibrome diminué des deux tiers.

OBSERVATION n° 35.

Âge : 55 ans. 3 enfants.

Ménorragies depuis 10 ans. Actuellement les règles durent 15 jours mais ne reviennent qu'un mois après, très abondantes. Souffre des reins.

Examen : corps utérin en rétroversion, très large et nodulaire.

En 1922 : Radium M. C. D. = 10,08.

Règles disparues un mois après l'application du radium.

OBSERVATION n° 36.

Âge : 45 ans. 9 enfants.

Depuis 10 ans a toujours beaucoup perdu (6 jours par mois). En février 1919, au moment des règles qui durent 15 jours, hémorragie sérieuse qui nécessite le tamponnement.

En mai 1920, réaction salpingienne (souffre du ventre, vomit : on prononce le mot de péritonite).

Depuis les règles sont espacées, mais reviennent souvent sous forme d'hémorragie.

Examen : 1920 : petit fibrome flanqué d'une tumeur annexielle gauche difficile à apprécier à cause de l'adiposité, mais qu'on peut apprécier à une tête de fœtus. On conseille d'attendre en surveillant.

Examen : octobre 1921. Régulée tous les mois et demi.

Les dernières règles ont été très abondantes. Malade

pâle, fatiguée ; on ne sent plus la masse annexielle.

Radium : M. C. D. = 15,12.

A la suite, se déclare une pelvi-péritonite qui devient assez inquiétante (température 40°). On fait du vaccin de Delbet qui paraît améliorer, puis tout disparaît.

Revue en février 1922 : va très bien, cessation des règles.

En résumé, si nous éliminons deux cas (dans l'un, la malade n'ayant pas été assez suivie ; dans l'autre le radium ayant été posé comme agent hemostatique : (Voir observation n° 6, page 19).

Nous avons obtenu, sur 12 cas les résultats suivants au point de vue hémorragie.

Au-dessous de 40 ans :

Cessation définitive des règles : 1 fois obs. n° 26

Conservation des règles : 2 fois

avec cessation des pertes..... obs. n° 25

chez une femme n'ayant jamais eu de

pertes..... obs. n° 27

Au-dessus de 40 ans :

Cessation définitive des règles : 7 fois obs. nos 30 à 36

Cessation temporaire des pertes : 1 fois

Puis récidence ayant nécessité l'hysté-

rectomie sub-totale obs. n° 29

Echec dû à la présence d'un polype

intra-utérin 1 fois obs. n° 28.

CHAPITRE II

Indications Thérapeutiques

Nous possédons actuellement trois méthodes de traitement des fibromes qui donnent toutes de très bons résultats :

La Chirurgie,
Les Rayons X,
Le Radium.

I. — CHIRURGIE

La chirurgie a l'avantage de *s'appliquer à tous les cas*, sauf contre-indications connues et d'ailleurs exceptionnelles, comme l'anémie extrême, l'état déficient du cœur et des reins.

La chirurgie a en outre l'avantage de traiter, en même temps que le fibrome, *ses complications qui sont fréquentes* : (suppuration, gangrène dans 6 % des cas dans notre statistique) et les lésions qui lui sont souvent associées (salpingite 10 % ; tumeur annexielle 6 % ; appendicite chronique).

La chirurgie donne enfin *une guérison complète*, immédiate, sans récurrence possible.

Tels sont les avantages énormes et indiscutables de la thérapeutique chirurgicale.

Nous y ajouterons un autre avantage : la chirurgie, qui par l'hystérectomie, réalise la cure radicale du fibrome, peut devenir à l'occasion le traitement le plus conservateur qui soit. La myomectomie, en réalisant l'ablation du noyau myomateux, guérit la malade, tout en conservant l'utérus et ses annexes.

Sans doute, cette myomectomie n'est pas toujours réalisable mais elle l'est assez souvent, et lorsqu'elle l'est, elle conserve à la malade, en même temps, les règles et des possibilités de maternité. Nos observations s'ajoutent à un certain nombre d'autres publiées ces temps derniers pour montrer que les malades ainsi opérées, peuvent devenir enceintes et accouchent sans incident (voir observations n^{os} 17 et 18, page 32).

Mais la chirurgie a malheureusement contre elle un gros désavantage : sa gravité. Nous avons vu antérieurement que la mortalité, dans notre statistique s'élève à 5,7 %.

II. — RAYONS X

Les Rayons X ont au contraire l'avantage de ne présenter à peu près aucun danger.

On leur a reproché :

de léser la peau ;

de léser l'intestin ;

de créer des transformations malignes ;

de créer des modifications qui soient nuisibles à une intervention ultérieure.

Les lésions de la peau sont, dit-on, évitables par

une bonne technique : cependant, en pratique, on observe des radiodermites graves.

Par contre, ce qu'on peut reprocher aux radiations, c'est que, si elles sont appliquées sans une sélection sévère, elles peuvent être *la cause de complications graves* et exalter la virulence de l'infection dans les cas compliqués de salpingite et d'inflammation péritéritine.

Mais le plus grand reproche qu'on puisse faire aux radiations, c'est *qu'elles ne sont pas toujours efficaces* : même si elles sont appliquées avec discernement, elles n'aboutissent pas toujours à la guérison complète. Souvent *elles n'agissent qu'à la longue* et que sur les *métrorragies* et encore, pas toujours.

De plus, les Rayons X *ne peuvent traiter les complications*.

Nous ajouterons que la thérapeutique par les Rayons X est plus aveugle que la chirurgie : bien qu'on ait pu dans certains cas très rares, doser le rayonnement de façon à faire disparaître les hémorragies, sans faire disparaître pour cela les règles, ces résultats n'ont été obtenus que très exceptionnellement et peut-être même accidentellement, car il est *impossible d'irradier le fibrome sans irradier en même temps les ovaires*. Les radiothérapeutes cherchent donc presque toujours la disparition des règles, le retour de celles-ci faisant présager la récurrence du fibrome et nécessitant la reprise du traitement.

III. — RADIUM

Le Radium ne présente pas les mêmes inconvénients : on ne peut pas reprocher à la curiethérapie de provoquer des lésions de la peau ou de l'intestin. Comme pour la radiothérapie, on peut dire que le radium n'agit que sur les hémorragies, et indirectement sur la tumeur en provoquant la ménopause anticipée. Par contre, nous croyons que le danger le plus redoutable est l'infection.

De plus, le radium ne traite pas non plus les complications.

Quels sont les avantages comparés du radium et des Rayons X ?

Le radium a une action plus rapide et le traitement curiethérapique est plus expéditif que les Rayons X, puisqu'il suffit d'une seule séance de 24 ou 48 heures.

Le radium expose par contre davantage que les Rayons X aux inflammations péri-utérines, et il est certain qu'il ne faut pas soumettre au radium les cas suspects à ce point de vue : il ne faut pas davantage les soumettre aux Rayons X d'ailleurs, mais enfin il y aurait à le faire un danger moins grand et moins immédiat.

Les Rayons X ont une action beaucoup moins localisée que le radium. Celui-ci par conséquent convient surtout aux petites tumeurs, les Rayons X aux tumeurs volumineuses. Pour les premières, le radium placé bien au centre des lésions agit d'une façon plus efficace que les Rayons et comme le fait remarquer M. J.-L.

Faure, provoque une régression plus marquée de la tumeur.

Nous pouvons maintenant préciser les indications thérapeutiques et voir par quel procédé nous devons traiter telle ou telle variété de fibromes.

IV. — INDICATIONS DU RADIUM

Le radium sera employé dans tous les petits fibromes ne dépassant pas comme volume deux poings d'adulte.

A plus forte raison le radium est-il tout à fait indiqué et indiqué uniquement dans les utérus fibromateux, c'est-à-dire dans ces utérus qui saignent abondamment et qui sont seulement un peu augmentés de volume. Enfin les métrorragies de la ménopause avec utérus normal relèvent indiscutablement du radium qui très facilement, très sûrement, très rapidement détermine la ménopause. Mais nous ne pouvons pas insister sur ces cas qui sortent du cadre que nous nous sommes tracés.

Pourtant dans tous ces cas le radium ne sera employé que s'il n'existe pas de lésions infectieuses péri-utérines. Si on ne tenait pas compte de cette contre-indication, on pourrait s'exposer à des désastres. Cependant cette contre-indication cesse d'exister avec l'emploi de la méthode vaginale, du moins lorsque la salpingite ne constitue pas par elle-même une indication opératoire.

V. — INDICATIONS DES RAYONS X

La radiothérapie sera employée dans les fibromes qui dépassent les dimensions de deux à trois poings d'adulte.

Lorsque ces fibromes évoluent vers l'abdomen et jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'ombilic, les Rayons seront le moyen de traitement le plus indiqué. C'est surtout dans les fibromes mous, riches en éléments musculaires que l'action des Rayons sera remarquable et qu'on obtiendra les plus beaux succès. En tous cas, il faut suivre attentivement la diminution des symptômes et du fibrome. Si ce résultat n'est pas acquis assez rapidement, il ne faut pas continuer à irradier et se rappeler qu'on ne guérit que bien rarement le fibrome, mais qu'on ne fait que faire disparaître les symptômes gênants : ce qui d'ailleurs dans une affection de nature bénigne équivaut souvent à une guérison.

VI. — INDICATIONS DE L'OPÉRATION

Ressortissent à la chirurgie :

1^o — *Les très gros fibromes*, ceux qui remontent à l'ombilic et le dépassent.

2^o — *Les fibromes à évolution pelvienne*, qui s'enclavent et menacent de comprimer l'intestin et les uretères, relèvent pour bien des auteurs de la chirurgie. Pourtant étant donné que les difficultés opératoires peuvent être sérieuses dans ces cas, peut-être serait-il bon de chercher par quelques applications de Rayons, une régression partielle du fibrome. Cette combinaison d'action thérapeutique, que toutefois nous n'avons pas essayée, nous semble raisonnable.

3^o — Les fibromes peu riches en éléments myomateux sont peu influencés par les radiations et par suite relèvent de la chirurgie : *les fibromes sous-périto-*

néaux pédiculés, plus ou moins flottants, qui d'ailleurs peuvent se tordre et par suite se gangrener sont exclusivement chirurgicaux. De même les *fibromes calcifiés* et les *fibromes kystiques* ; mais ce sont là des variétés anatomiques dont il est bien difficile de faire le diagnostic clinique avec quelque certitude.

4° — *Les fibromes à évolution vaginale*, ceux qui s'accouchent par le vagin sont indiscutablement chirurgicaux. Les fibromes qui, sans apparaître dans le vagin, *font saillie dans la cavité utérine et tendent à s'y énucléer*, sont chirurgicaux. Ceux-ci donnent une symptomatologie assez caractéristique : les hémorragies sont continues ; les douleurs fréquentes ont un caractère expulsif, de plus souvent on observe une dilatation du col utérin.

5° — *Les fibromes qui sont en train de dégénérer*, donnent des signes cliniques identiques : il existe les mêmes hémorragies prolongées, presque continues. L'existence de cette variété d'hémorragie indiquera donc l'intervention de préférence aux radiations (Siredey).

6° — Les fibromes s'accompagnant de fièvre, de sensibilité à la palpation sont *des fibromes en voie de suppuration*, qui pour tout le monde relèvent de la chirurgie. Si en plus de ces symptômes, on voit l'état général s'altérer, c'est le *sphacèle du fibrome* qu'il faut craindre et l'opération ne s'en trouve que plus indiquée.

7° — *Les lésions de voisinage, les lésions annexielles surtout* créent une indication indiscutable à la chi-

rurgie. Les lésions néoplasiques des annexes, souvent associées au fibrome (tumeurs solides ou liquides plus ou moins malignes des ovaires), imposent évidemment l'opération puisque les radiations ne peuvent que contre le myome.

Quant aux lésions infectieuses des annexes, on connaît les dangers auxquels expose le traitement par les radiations : il est donc certain qu'elles ressortissent à l'action chirurgicale.

L'appendicite chronique, quelquefois associée au fibrome, crée la même indication opératoire.

8° — L'âge des malades est très important à considérer. *Après la ménopause*, le réveil d'un fibrome et des hémorragies qu'il détermine, est toujours une chose suspecte : il s'agit presque toujours d'un cancer. Cette considération suffit pour imposer à cet âge le traitement chirurgical.

9° — *Chez les jeunes femmes* d'autre part, la chirurgie, beaucoup plus précise dans son action que les autres moyens thérapeutiques, reprend également tous ses droits. Chez elles en effet, il y a un intérêt capital à conserver avec l'utérus les possibilités de maternité. On y arrive dans beaucoup de cas par la myomectomie.

10° — *Chez les femmes enceintes*, lorsqu'un fibrome provoque des accidents ou qu'il est susceptible de gêner l'accouchement, c'est encore l'opération qui est indiquée sans discussion possible.

11° — *On opérera les fibromes qui ont été soumis sans succès aux Rayons X et au radium*. Ces cas existent : il ne faut donc jamais s'obstiner dans le

traitement non opératoire et, si au bout d'un temps raisonnable, on n'observe pas de régression notable, on passera à l'opération.

12° — Enfin, ressortissent à l'opération, (ce n'est pas là le chapitre le moins important) *tous les cas où le diagnostic est douteux*, tous ceux où l'on hésite pour savoir s'il s'agit bien d'un fibrome ou de quelque autre affection abdominale ou pelvienne.

CONCLUSIONS

I. — Depuis quelques années, les Rayons X et le radium ont été largement essayés dans les fibromes utérins. L'heure paraît donc venue de comparer leur action à celle du traitement chirurgical et, revisant les résultats donnés par celui-ci, d'établir sur des bases solides les indications thérapeutiques actuelles dans le traitement des fibromes.

II. — Aussi apportons-nous la statistique intégrale d'un seul chirurgien, qui a essayé les différents modes de traitement. Nous en tirons les conclusions suivantes :

III. — BILAN DE L'OPÉRATION.

Avantages :

- a) Elle s'applique à tous les cas.
- b) Elle traite en même temps que le fibrome les complications, et les lésions co-existantes qui sont si fréquentes.
- c) Elle donne une guérison *immédiate, complète et définitive*.
- d) Elle peut quelquefois assurer cette guérison tout

en conservant, avec la menstruation, des possibilités de maternité (myomectomie).

Inconvénient :

Sa mortalité qui, dans notre statistique, est de 5,7%.

IV. — BILAN DE LA RADIOTHÉRAPIE.

Avantage :

Appliquée correctement, elle ne comporte aucun danger pour la vie de la malade.

Inconvénients :

a) Elle expose même bien faite aux radiodermites qui peuvent être graves.

b) La guérison qu'elle procure, n'est souvent *ni immédiate, ni complète, ni définitive*: en effet elle peut laisser les hémorragies persister pendant un temps assez long.

Elle n'agit que sur les hémorragies, et encore de façon qui n'est pas absolument certaine ; elle n'agit sur la tumeur que d'une façon peu appréciable.

Enfin les pertes peuvent réapparaître.

c) Elle ne traite pas les complications et les lésions concomitantes, si fréquentes dans les fibromes.

d) Beaucoup plus aveugle que la chirurgie, elle ne peut que très exceptionnellement arrêter les hémorragies, tout en conservant les règles et les possibilités de maternité ultérieure.

V. — BILAN DE LA CURIETHÉRAPIE.

Avantages :

Bien que la mortalité de la curiethérapie soit mal établie et paraisse encore actuellement notable, il

est probable qu'elle se rapprochera sensiblement de zéro le jour où les applications seront faites avec une asepsie parfaite, et surtout lorsque les applications vaginales seront substituées aux applications intra-utérines.

Inconvénients :

a) La guérison qu'elle procure n'est souvent *ni complète, ni définitive*.

Elle n'agit que sur les hémorragies et même encore d'une façon qui n'est pas certaine. Elle agit peu sur la tumeur (plus semble-t-il que les Rayons X).

b) Elle ne traite pas les complications du fibrome et les lésions associées.

c) Elle ne peut qu'exceptionnellement arrêter les hémorragies, tout en conservant les règles et en permettant les grossesses ultérieures.

d) Elle expose aux complications péri-utérines et salpingiennes, si l'asepsie n'est pas parfaite ou s'il existe des lésions annexielles.

VI. — En tenant compte de ces données, les indications thérapeutiques dans les fibromes utérins nous paraissent être les suivantes :

1^o Les fibromes de petit volume, indolores, non saignants ne méritent aucun traitement actif.

2^o Les fibromes ne dépassant pas le volume de deux à trois poings d'adulte, réguliers, mous et qui saignent, sont justiciables de la curiethérapie, à condition qu'il n'y ait pas de complications annexielles importantes.

3° Les fibromes qui évoluent vers l'abdomen, sans atteindre pourtant l'ombilic, qui sont mous et qui saignent, doivent être traités par les Rayons X. De petites lésions salpingiennes ne nous paraissent pas une contre indication.

Tous les autres cas ressortissent à l'opération, notamment :

1° Les très gros fibromes qui atteignent et dépassent l'ombilic.

2° Les fibromes enclavés dans le petit bassin.

3° Les fibromes sous-péritonéaux pédiculés.

4° Les fibromes très durs, calcifiés.

5° Les fibromes à évolution vaginale et les polypes intra-utérins.

6° Les fibromes en voie de dégénérescence, de suppuration ou de sphacèle.

7° Les fibromes avec lésions de voisinage importantes, notamment les lésions annexielles.

8° Les fibromes qui donnent des symptômes après la ménopause.

9° Les fibromes des jeunes femmes où la myomectomie peut avoir un intérêt capital.

10° Les fibromes, chez les femmes enceintes, lorsqu'ils provoquent des accidents et sont susceptibles de gêner l'accouchement.

Enfin nous ajouterons :

11° Les fibromes qui ont été soumis sans succès aux Rayons X ou au radium.

12° Tous les cas où le diagnostic est douteux.

VII. — Les fibromes qui, tout en rentrant dans la catégorie précédente, s'accompagnent d'un état du cœur et des reins très défectueux et contre-indiquant par lui-même l'opération seront, suivant les cas, traités à titre palliatif, par les Rayons X ou le radium.

Dans les cas d'anémie intense, il pourra être très utile de placer d'abord du radium pour faire l'hémostase, ce qui permettra plus tard de faire l'hystérectomie avec succès.

Le Président de la Thèse.
TIXIER.

VU :
Le Doyen,
JEAN LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 13 décembre 1924.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université.
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD (Paul). — Des suites éloignées de la myomectomie abdominale. (Thèse de Lyon, 1922.)

AUVRAY. — Radiothérapie des fibromes. (Société de Chirurgie de Paris, 1922, page 787.)

BAUDET. — Radiothérapie des fibromes. (Société de Chirurgie de Paris, 1922, page 784.)

BECLERE. — Radiothérapie des fibromes utérins. (Journal de médecine et de chirurgie pratique, 1922, page 107.)

La Contre-indication de la Roëntgentherapie des fibromes utérins. (Société de radiologie médicale de France, 13 juin 1922).

BÉGOUIN. — Fibromes utérins in « Précis de Pathologie chirurgicale » des neuf agrégés.

BÉRARD. — Sur le traitement des fibromes utérins (discussion). (Société de Chirurgie de Lyon, 13 décembre 1922, in « Lyon Chirurgical », mars-avril 1924, tome XXI, n° 2.

Agents physiques ou chirurgie dans le traitement des fibromes utérins. (Société de chirurgie de Lyon, 20 décembre 1923.)

CHEVRIER. — Radiothérapie des fibromes. (Société de chirurgie de Paris, 1922, page 592.)

CHIFOLIAU. — Radiothérapie des fibromes. (Société de chirurgie de Paris, 1922, page 603.)

COTTE. — Sur le traitement des fibromes utérins. (Société de Chirurgie de Lyon, 6 décembre 1923), in « Lyon chirurgical », mars-avril 1924. Tome XXI, n° 2.

- FAURE (J.-L.) ET SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgical.
- FAURE (J.-L.) — Indications opératoires dans les fibromes. (Congrès de gynécologie et obstétrique. Paris, 1921).
Radiothérapie des fibromes. (Société de chirurgie de Paris 1922, page 644.)
- FORGUE ET MASSABIAU. — Traité de gynécologie, 1916. (Collection Le Dentu-Delbet.)
- FREDET. — Radiothérapie des fibromes. (Société de chirurgie de Paris, 1922, page 792.)
- GOULLIoud. — Des indications actuelles de la myomectomie ; grossesses après myomectomies. (De la « Presse Médicale » du 25 février, 1922.)
Sur le traitement des fibromes utérins. (Société de chirurgie de Lyon, 13 décembre 1923.)
- GUILLET (André). — Fibrome et grossesse au début. (Thèses de Lyon 1921.)
- HARTMANN (Henri). — Opération ou traitement par les Rayons dans les cas de fibromes utérins. (De la Revue « Gynécologie et Obstétrique », année 1924, tome x, page 203.)
- LABEY. — Rapport à l'Association Française de chirurgie (Congrès 1924).
- LAPOINTE. — Radiothérapie des fibromes. (Société de chirurgie de Paris, 1922, page 597.)
- LORY. — La Radiumthérapie des fibromyomes utérins. (Thèse de Paris, 1922.)
- LE JEMTEL. — Fibrome et radiothérapie. (Société de chirurgie de Paris, 1923, page 1532.)
- MATHIEU. — Radiothérapie des fibromes. (Société de chirurgie de Paris, 1922, page 552.)
- MICHON. — Valeur séméiologique des polypes muqueux de l'utérus. (Thèse Lyon, 1923.)
- MONDOR. — Radiothérapie des fibromes. (Société de chirurgie de Paris, 1923, page 1504.)

MUSSO. — La radiumthérapie dans les fibromes utérins.
(Thèse de Lyon, 1920.)

NOGIER. — La radiumthérapie des fibromes utérins.
(Journal de Radiologie, n° 12, 1920.)

PATEL. — Trois cas de fibromes utérins radiothérapés,
puis opérés. (In « Lyon chirurgical » mars-avril 1924.
Tome XXI, n° 2.)

PROUST. — Radiothérapie des fibromes. (Société de chirurgie de Paris 1922, page 605.)

SOULIGOUX. — Fibrome utérin traité par la Radiothérapie.
Coexistence d'un néoplasme intra-utérin. (Société de chirurgie de Paris, 1923, page 1054.)

TIXIER. — Rapport à l'Association Française de chirurgie (Congrès 1924) :

Sur le traitement des fibromes utérins (discussion).
(Société de chirurgie de Lyon, 13 décembre 1923.)

Curiothérapie des fibromes. (Société de chirurgie de Lyon, 28 février 1924.)

VILLARD. — Sur le traitement des fibromes utérins (discussion). (Société de chirurgie de Lyon du 13 décembre 1923 in « Lyon-chirurgical », mars-avril 1924, tome XXI, n° 2.)



